

MALIGNI TUMORI

MALIGNANT TUMOURS

Paliјativna medicina - paliјativna skrb

Palliative Medicine - Palliative Care

Anica Jušić

Hrvatsko društvo za hospicij/paliјativnu skrb, HLZ

10000 Zagreb, Šubićeva 9

Sažetak Paliјativna medicina je nova grana medicine koja se brine za optimalnu kvalitetu života do smrti i u prvom je redu područje liječničkog interesa. O paliјativnoj se skrbi govori kad se misli na aktivnosti interdisciplinarnoga paliјativnog tima. Ta se skrb u početku zvala hospicijskom, međutim se pomalo napušta pojam koji na različitim mjestima i u različitim povijesnim razdobljima ima različito značenje. Paliјativna medicina obuhvaća tri osnovna područja: 1. etiološki nespecifično smirivanje simptoma, u prvom redu boli, 2. psihosocijalnu potporu bolesniku i njegovoj obitelji/njegovateljima (i nakon smrti štićenika) te 3. etičke probleme vezane uz umiranje. Autorica u članku ističe niz medikamentnih postupaka, koji su se u paliјativnoj medicini afirmirali kao optimalni, posebno peroralnu primjenu morfina „na sat“, a ne „po potrebi“. U skladu s principima Cicely Saunders ističe potrebu holističkog pristupa bolesniku uzimajući pri procjeni stanja uz organsko podrijetlo simptoma i njihovu emocionalnu, duhovnu i društvenu sastavnicu. Psihosocijalna potpora i bolesniku/umirućem i njegovoj obitelji/njegovateljima veoma je bitna, a osnova joj je dobra komunikacija na relaciji bolesnik-liječnik, obitelj i paliјativni tim. Vrlo je važna i u interesu je štićenika dobra komunikacija unutar tima. Iskrena komunikacija koja stvara povjerenje osnova je za etičke odluke i dogovore o daljnjem planu medikacije i drugih medicinskih postupaka.

Ključne riječi: umiranje, smrt, paliјativna medicina, paliјativna skrb, hospicij

Summary Palliative medicine is a new medical branch dealing with optimal life quality solutions death, being, first of all, the field of medical doctors' interest. The term palliative care is used if you mean interdisciplinary activities of palliative care team. This care was used to be referred to as hospice care. The usage of this name is now less frequent because its meaning, depending on place or historical period. Palliative care involves three basic fields: 1. ethiologically unspecific suppression of symptoms, first of all of pain, 2. psychosocial support to the patient and his/her family and 3. ethical issues related to dying and death. Some drug treatments, proved in palliative medicine as being optimal in solving palliative medicine issues, were shortly presented, especially the peroral application of morphine according „around the clock“ schedule, instead of „if needed“ one. According to the Cicely Saunders principles, the holistic approach is stressed. In patient's condition assessment, besides organic origin of symptoms its emotional, spiritual and social origins should be considered. Psychosocial support of patient/dying and his/her family/nursing persons is essential. Its base is the good communication on the relation patient-physician, family and palliative team. Very important (for patient as well) is the good communication inside the palliative team. Open communication creating the confidence is the sound basis for ethical decisions and arrangements concerning the medication programs and other medical treatments.

Key words: dying, death, palliative medicine, palliative care, hospice

Povijesni uvod

Definicija pojma „paliјativna medicina“ prihvaćena je u Velikoj Britaniji 1987. u vrijeme kad je priznata kao zasebna medicinska specijalizacija. To je proučavanje i liječenje bolesnika s aktivnom progresivnom, uznapredovalom bolešću, ograničene prognoze. Težište skrbi je kvaliteta, a ne dužina života. Paliјativnu medicinu u prvom redu prakticiraju liječnici. Holistička/cjelokupna briga za bolesnika i njegove najbliže može se međutim realizirati samo u timskoj suradnji s medicinskim sestrama, socijalnim radnicima, fizioterapeutima, duhovnicima i dobrovoljcima. Nazivom „paliјativna skrb“ obuhvaća se aktivnost cijelog interdisciplinarnog tima.

Paliјativna skrb izrasla je iz hospicijske skrbi. Ustanove koje su se nazivale hospicij postojale su još u srednjem vijeku kao mjesta na kojima se pomoć pružala

hodočasnicima, slučajnim namjernicima, klonulima i siromašnima. Hospicijski pokret počeo je u Velikoj Britaniji osnivanjem modernog hospicija sv. Kristofora. Psihosocijalnoj potpori i suosjećanju pridružili su se najviši medicinski standardi. U SAD-u je od početka prevladavala skrb u kući i ondje se o hospiciju najčešće govorilo kao o filozofiji, kao o koncepciji skrbi, a ne kao o stacionarnoj ustanovi. U mnogim europskim državama hospicij je bio dom za siromašne umiruće, umjesto modernoga zdravstvenog centra.

Programi paliјativne skrbi odnosili su se u prvom redu na bolesnike koji umiru od raka. U novije vrijeme ovi programi obuhvaćaju bolesnike s AIDS-om, pa bolesnike s bolešću motoričkih neurona i drugim neurološkim bolestima, gerijatrijske i pedijatrijske skupine.

Principi se paliјativne skrbi pokazuju postepeno korisnim u većini područja medicinske skrbi. Spretna

empatička komunikacija važna je i u akutnoj medicini kao i kod uznapredovalog raka. Kronična se bol ne pojavljuje samo kod raka. Strah, zabrinutost, usamljenost nisu specifične za umiruće. Palijativna medicina je zapravo ponovno otkrivanje stare prakse, jedino moguće, dok nije bilo ni medikamentne ni kirurške, ni iradijacijske uzročne terapije. Od medicine se danas očekuje ozdravljenje i kada do toga ne dođe, optužuju se liječnik i bolnica. Smrt se doživljava kao neuspjeh, a ne kao prirodni događaj. Neizliječeni postaju nepoželjni, jer kvare statistike. Brojne studije diljem svijeta pokazale su u različitim zemljama da su umirući u modernome zdravstvenom sustavu zanemarena skupina. Palijativna medicina je uvijek bila orijentirana na bolesnika kao čovjeka, a manje na patologiju. Ona je istodobno i holistička i znanstvena. Palijativna medicina traži da se ovakva skrb počne primjenjivati od trenutka kada se utvrdi da je životu u dogledno vrijeme kraj, dakle često mnogo prije smrti.

Prvi moderni hospicij otvoren je 1967. u Londonu. Bio je to hospicij sv. Kristofora koji se razlikovao od rijetkih drugih ustanova za umiruće po svojem terapijskome programu, po službama za skrb kod kuće za one koji se mogu opskrbljivati kod kuće, po opsežnoj dokumentaciji i odgoju profesionalaca različitih disciplina koje sudjeluju u holističkoj brizi. U općim bolnicama osnovani su timovi za liječenje simptoma ili timovi potpore, koje čine medicinski specijalisti i posebno izobražene medicinske sestre, socijalni radnici, po potrebi i duhovnik. Ubrzo je bilo očito da oni mogu poboljšati kvalitetu umiranja u općim bolnicama i pripremiti odlazak u kućnu skrb, gdje će bolesniku pomagati liječnici primarne zdravstvene zaštite uz pomoć timova hospicijske/palijativne skrbi i opet na čelu s liječnikom izobraženim u palijativnoj medicini.

Hospiciji ili jedinice palijativne skrbi nalaze se praktički u svakoj državi zapadnoga svijeta. Tu se palijativna skrb smatra osnovnim ljudskim pravom. U Velikoj Britaniji financira ih u jednoj petini Nacionalna zdravstvena služba, u ostatku ona pomaže jedinice koje se vode i financiraju u prvom redu iz lokalnih izvora. Velika Britanija ima sedam katedara za palijativnu medicinu. U Kanadi gdje se zapravo najprije počela upotrebljavati riječ palijativna skrb umjesto hospicijske skrbi početak se bilježi u velikoj nastavnoj bolnici u Montrealu. U SAD-u je težište na kućnoj skrbi uz značajnu inicijativu u najvećim nastavnim bolnicama. Posebno se razvijaju palijativne jedinice u Japanu. Uglavnom se razvijaju u državama s dobro razvijenim i financiranim zdravstvenim sistemom. U mnogim centrima u Australiji i Novom Zelandu postoje opsežni programi palijativne skrbi povezani s medicinskim ili sestrinskim koledžima i sve češće integrirani s onkološkim službama. Australija ima četiri katedre za palijativnu medicinu. Brojne hospicijske jedinice organizirane su u Poljskoj još prije pada komunističkog režima, a osnivaju se i u Rusiji i u drugim tranzicijskim zemljama.

U Hrvatskoj nema ni jednog hospicija, a ni drugih ustanova palijativne skrbi. Radi vrlo aktivno samo jedan tim kućne palijativne skrbi u Zagrebu s centrom u privatnom stanu. Od 1994. postoji Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb Hrvatskoga liječničkog zbora kojemu je cilj edukacija i zdravstvenih profesionalaca (budućih i

aktualnih) i javnosti općenito. Izlaže se što je palijativna medicina/skrb, putem konferencija, simpozija, radionica, tečajeva uz goste predavače iz Engleske, SAD-a, Poljske, Italije itd. S praktičnim ciljevima organizirane su dvije udruge koje djeluju na državnoj i na gradskoj razini (Hrvatska udruga prijatelja hospicija i Udruga prijatelja nade). One se bore za realizaciju Regionalnoga hospicijskog centra u Zagrebu, za koji je na gradskoj razini obećano i zemljište i druge pogodnosti.

Palijativna medicina/skrb obuhvaća tri područja:

1. smirivanje simptoma,
2. psihosocijalna potpora štićenicima i njihovim njegovateljima i
3. etički problemi vezani uz kraj života.

Palijativnu medicinu/skrb treba uključiti u periodu kada postane jasno da će bolesnik uskoro umrijeti. Liječenje je u principu jednako kod različitih uzroka bolesti, dakle etiološki nespecifično. Prikazat ću osnovne ili najčešće primjene palijativne medicine.

Smirivanje najčešćih simptoma

Smetnje disanja

U doživljaju dispneje su, kao i u doživljaju boli, važni subjektivni čimbenici. Bolesnik s malignomom bronha u ovom je stadiju već prošao radioterapiju ili kemoterapiju i specifična lokalna liječenja sve do primjene „stentova“ koji drže dišni put mehanički otvorenim. Sada preostaju samo bronhodilatatori u raspršivaču, radije nego u inhalaciji, i to po shemi „prema potrebi“, a ne kontinuirano. Peroralno dani metilksantini (teofilin) mogu djelovati i direktno na dišne mišiće i posebno na dijafragmu. Važno je smirivati tjeskobu: uz psihološki pristup treba primijeniti anksiolitike, najčešće diazepam u dozi od 5 mg navečer. Morfin usporava disanje, osobito kad se radi o bučnoj tahipneji. U novije vrijeme preporučuje se primjena opioda raspršivačem. Dišni putovi i pluća imaju veliku resorpcijsku površinu i raspršeni opiodi mogu izazvati opuštanje već za 2-5 minuta. Što se tiče primjene kisika mišljenja se razilaze. On može biti koristan u akutnoj dispneji, u malignoj se dispneji ipak bolja kontrola postiže morfinom ili diazepamom.

Hemoptiza ili hemoptoa simptom je koji osobito depri-mira. Masivno se krvarenje može predvidjeti pa treba unaprijed konzultirati obitelj pa i bolesnika da li da se spašava pošto-poto. Važno je smiriti paniku davanjem diamorfina polako intravenski ili duboko intramuskularno. Uz diamorfin 5 do 10 mg može se dati hioscin butilbromid 20 do 40 mg. Umjesto morfina može se dati midazolam ili diazepam.

Kod „*smrtnog hropca*“ obično se radi o pokretanju sekreta u orofarinksu i traheji u vezi s pokretima udisaja i izdisaja. U pravilu bolesnici nisu toga svjesni, međutim okolina, obitelj ili drugi bolesnici ovom su pojavom jako impresionirani. Treba s njima razgovarati i dati im odgovarajuće tumačenje i ohrabrenje. Antikolinergična sredstva ne

moгу posušiti sekret koji se već izlučio, zato ih treba dati u početku, donekle profilaktički, na prvi znak krkljanja, a ako je bolesnik stuporozan u punom smislu, kao prevenciju (1). Daje se najčešće hioscin butilbromid (Buscol, PLIVA) koji kod većine bolesnika ima i sedativni efekt.

Bol

Bol je simptom kojeg se bolesnici najviše boje. Međutim to je ujedno simptom koji se može suzbiti po principima moderne paliativne medicine u više od 80% slučajeva.

„Totalna“ bol. Cicely Saunders, koja je pokrenula moderni svjetski hospicijski pokret brige za one čija je bolest uznapredovala i uzročno liječenje završilo, definirala je i jedan od osnovnih pojmova kojima barata hospicijska/paliativna medicina, a to je pojam „totalne boli“ (2). Bol ima uz biološku i svoju psihološku/emocionalnu, duhovnu i društvenu odrednicu. Pojam „totalne boli“ prihvaćen je i od Svjetske zdravstvene organizacije.

Fizička bol. Osnovni klinički oblici fizičke boli su akutna i kronična bol.

Akutna bol ima redovito jasan početak i uzrok, trajanje joj je ograničeno na dane ili tjedne. Praćena je pretjeranom simpatičkom aktivnošću: tahikardijom, tahipnejom, arterijskom hipertenzijom, znojenjem, proširenjem zjenica i bljedom. Bolesnici su tjeskobni, inaktivni, a spoznaju da se radi o prolaznoj pojavi ih tješi.

Kronična bol. Početak joj je postepen ili neodređen. Uzrok je kronični proces, traje mjesecima ili godinama. Svršetak je nepredvidiv, neodređen. Nema pojačane simpatičke aktivnosti. Emocionalno su bolesnici u depresiji, mijenjaju svoj životni stil.

Psihološka/emocionalna bol. Staro je opažanje da tjeskoba, depresija i značenje boli mogu promijeniti doživljaj boli. Doživljaj boli je drugačiji ako ga bolesnik smatra znakom kobnog pogoršanja, a drugačiji ako ga smatra usputnom pojavom bez značenja. Mnogo je toga u emocionalnoj boli izazvano strahom od nepoznatog i nepredvidivog. Emocionalna bol često uključuje kajanje i osjećaj krivnje zbog davno zaboravljenih malih propusta. Isto se tako u njoj nalaze i elementi srdžbe, mržnje ili depresije.

Duhovna bol. U krajnjim odsječcima života duhovna bol može biti isto tako težak simptom kao i fizička bol. Bolesnik govori o boli, ali je to zapravo patnja. To je doživljaj bezvrijednosti, beznadnosti i besmislenosti. Duhovna je skrb bila nekada jedna od izvornih disciplina zdravstvene skrbi. Istraživanja pokazuju da osobe s duhovnim dobrim osjećanjem imaju značajno manji stupanj tjeskobe, a time i veću podnošljivost za bol. Kako se fizičko zdravlje umanjuje duhovna dimenzija postaje sve važnijom.

Društvene odrednice boli

Ako bolest duže traje, bolesnika ostavljaju pomalo i prijatelji i znanci. Njegovatelji postaju zasićeni naporom i nestrpljivi. To sve utječe na bolesnikovo podnošenje boli. Mnoge su tegobe, a posebno bol, veće i jače kad je čovjek sam jer ne može komunicirati, jer ga nema tko

saslušati, jer mu manjka dijaloga, ma kako on elementaran bio. Bolesnik gubi samopouzdanje i osjećaj vrijednosti i značenja.

Liječenje boli

Liječenje fizičke boli (2 - 6)

Za organsko liječenje najmučnijih bolnih sindroma koji se razvijaju u toku proširenja malignih procesa razrađen je i prihvaćen od SZO postupak koji se naziva „ljestve sa tri stube“. Ipak kao osnovni princip usprkos shemi, ostaje individualizacija postupaka. Treba izabrati pravi analgetik, u pravu dozu i u pravo vrijeme kako bi se postiglo maksimalno oslobađanje od boli uz najmanje štetnih učinaka. Upotrebu ove analgetske ljestvice određuju dva osnovna principa: 1. nedovoljna kontrola boli na jednoj stubi traži prebacivanje na prvu višu, umjesto da se upotrijebi lijek slična sastava u višoj dozi i 2. stalno primjenjivanje analgezije, umjesto ordiniranja „po potrebi“.

Postupak počinje kod lakše boli neopioidnim analgetikom, najčešće nesteroidnim antireumaticima: metamizol, diklofenak (Voltaren rapid, PLIVA). Paracetamol se ponovno preporučuje. Ako oni ne zadovoljavaju, dodaje se lagani opioid ili se daje samo lagani opioid (kodein, tramadol). Kod teških bolova daje se samo jaki opioid, sam ili u kombinaciji s prethodnim analgetikom. Sve češće se daju umjesto visokih doza blagog opioida male doze jakog opioida (morfin). Morfinski pripravci daju se svakodnevno, kontinuirano, 1 do 2 puta na dan sa svrhom sprečavanja opetovanih napadaja bolova. Na taj se način ne doživljava euforija zbog popuštanja bolova, pa valjda i zato ne nastupa navika. Povišenje doze je potrebno samo zbog pojačanja bolova progresijom bolesti. Važno je početi s malom dozom. Kod starijih ljudi to je 5 mg ili čak 2,5 mg, kod mladih 10 mg. Puni se učinak ne može odmah ocijeniti, odnosno ne prije od 24 do 36 sati jer je potrebno da se stvori analgetski morfinski metabolit. Maksimalna se doza postiže postepeno i iznosi 800 mg i mnogo više. Od morfinskih pripravaka daju se u prvom redu oni sa sporim otpuštanjem tvari i djelovanjem od 12 ili 24 sata (Kapanol caps., Oramorph SR tabl., MSTContinus caps. itd.). Alternativa je metadon (Heptanon, PLIVA). Kod vrlo teških bolova primjenjuje se morfin frakcionirano, intravenski ili infuzije s tramadolom po posebnoj shemi.

Kad se radi o neuropatskoj boli, dodaju se kao pomoćni analgetici: antidepresivi (triciklički) i antiepileptici (karbamazepin (Tegretol, PLIVA), fenitoin (Difetoin, PLIVA), klonazepam).

Bolesnik uz peroralnu kontinuiranu terapiju postaje neovisan o zdravstvenim djelatnicima za razliku od diskontinuiranog liječenja injekcijama (koje su osim toga opasne za centar disanja). Ovaj je stariji oblik davanja morfina u prošlosti stvorio poistovjećivanje njegove primjene s indirektnom eutanazijom. Suvremeni način ne samo da ne skraćuje život nego ga može produžiti prekidanjem refleksnih reakcija na bolne podražaje. Narkomanija je

izuzetan štetni učinak, s prestankom bolova prestaje u pravilu i potreba za morfinom.

Posljednjih se godina sve više upotrebljava analgezija fentanilskim flasterima (Durogesic) čije djelovanje traje tri dana. Fentanil je sto puta jači od morfina i dozira se u mikrogramima. Uz flaste-re, koji se naljepljuju na kožu, bolesnik je pogotovo neovisan i ne mora opterećivati pamćenje terminima uzimanja lijeka, a i štetni su učinci manji. Mogu se primijeniti i drugi analgetski postupci: opetovane blokade perifernih živaca anestetikom, trajna epidu-ralna analgezija morfinom, bupivakainom, kortikosteroidima.

Liječenje emocionalne boli (7)

Emocionalni poremećaji, posebno osjećaj bespomoćno-sti, mogu se ublažiti uključivanjem bolesnika, obitelji i prijatelja u radno partnerstvo s bolničkom ekipom i u liječenju i planiranju budućnosti. Rečenica "vi ste dio tima" može imati veliko značenje. Bolesnici se uvijekba-vaju u tehnikama monitoriranja vlastitog ponašanja, rela-ksaciji i suzbijanju preosjetljivosti za bol.

Liječenje duhovne boli i društvena odrednica liječenja

Izvor neuspjeha u savladavanju boli može biti i u neuo-čavanju društvene sastavnice boli. Bolesnik ne smije ostati izoliran. On mora osjetiti da ima važnost jer inače na duhovnom planu počinje prevladavati osjećaj bezvri-jednosti i beznadnosti. To posebno vrijedi za bolesnike u krajnjem periodu života. Izolacija od ljudi odvaja ih od ži-vota još prije nego je život fizički prestao. Oni najbliži često bježe, opravdavajući se da ne mogu gledati patnju, a zapravo ne znaju što bi rekli patniku (8). A osnovno je biti jednostavno prisutan držeći bolesnikovu ruku ili pomažući u sitnicama, brisanju znoja, vlaženju usana itd. i u prvom redu slušajući što bolesnik govori.

Psijatrijski simptomi/ sindromi

Anksioznost - simptomi anksioznosti/tjeskobe vrlo če-sto prate terminalni dio života, a pripadaju među simp-tome na koje se može povoljno utjecati (9). Bolesnici se tuže na napetost, nemir, zabrinutost, nesanicu, rastre-senost, znakove hiperaktivnosti autonomnoga živčanog sistema. Anksioznost može biti različita podrijetla: ona može biti dio panike, dio sindroma neprilagođavanja nastaloj situaciji, ali i izraz agitirane depresije, delirija, kao i osnovne bolesti i njezina liječenja (hipoksija, sep-sa, loše kontrolirana bol, nuspojave lijekova). Kod umi-rućih bolesnika tjeskoba može biti izraz i prijetjećeg kardi-jalnog ili respiratornog aresta, pulmonalne embolije, po-remećaja elektrolita ili dehidracije.

Benzodiazepini su osnova farmakološkog liječenja anksi-oznosti kod terminalno bolesnih karcinomskih bolesni-ka. Lorazepam i oksazepam su kraćeg djelovanja i sigurniji su od ostalih benzodiazepina jer ne dovode do toksič-kog gomilanja, zahvaljujući načinu razgradnje, koji kod

oštećenja jetre ostaje dugo sačuvan. Doza je 0,5 mg do 2,0 mg lorazepama peroralno, intravenski ili intramuskularno svaka 3 do 6 sati. Diazepam se daje 2 mg do 10 mg per-oralno ili intravenski svaka 3 do 4 sata. Klonazepam je benzodiazepin s dugim djelovanjem, posebno prikladan za bolesnike s kombinacijom anksioznosti i epileptičkih napada kod tumora mozga.

U slučaju neuspjeha preostaju nebenzodiazepinski anksiolitici. Haloperidol 0,5 mg do 5 mg daje se svaka 2 do svakih 12 sati, peroralno, intravenski ili supkutano. Neuroleptici su sigurniji anksiolitici što se tiče centra za disanje, ali izazivlju sedaciju i arterijsku hipotenziju.

Izolirani *motorički nemir* često se opaža u posljednjim satima života. Ovaj simptom se preklapa, ali nije nužno identičan s agitiranim delirijem i terminalnom tjesko-bom. Uzrok može biti bol, rastegnuti puni rektum ili mo-kraćni mjehur, teškoće u disanju, nemogućnost kretanja zbog slabosti. Krivci mogu biti i kortikosteroidi i neki neuroleptici. A to se može promijeniti. Prisutnost člana obitelji ili njegovatelja, koji drži ruku i blago govori, može imati jak umirujući učinak, čak i na prividno nesvjesnog bolesnika.

Depresija - žalosno raspoloženje može biti adekvatan odgovor bolesnika koji se sučeljava sa smrtnosti (9). Dijag-noza pravog depresivnog sindroma osniva se na psiho-loškim i kognitivnim znakovima, jer somatski simptomi kao umor, gubitak energije, nesanica, pomanjkanje apeti-ta, često ionako postoje. Dominira osjećaj beznadnosti, krivnje, bezvrijednosti dosadašnjeg života, ideja samou-bojstva. Indicirani su triciklički antidepressivi, u prvom re-du amitriptilin, čija primjena počinje s 10-25 mg navečer uz povisivanje svaki dan do 2 dana za 10-25 mg.

Agitirani delirij često je uvod u komu i smrt (9). Može biti posljedica malignoma koji zahvaća mozak ili je opet izraz paraneoplastičkog sindroma. Često je vezan uz metaboličku encefalopatiju zbog zatajavanja organa (jetre, bubrega), zbog poremećenja ravnoteže elektrolita, zbog poremećenja u prehrani ili zbog sepse. Stanje je redovito teže navečer ili u noći. Preporuča se u prvom redu haloperidol 5 mg do 20 mg oralno, supkutano ili intravenski. Diazepam se kao sedativ daje odmah i sva-kih 6 do 8 sati. Princip je uglavnom, ako to bolesnik želi, očuvati svijest.

Gastrointestinalni simptomi

Mučnina i povraćanje - kao i kod drugih simptoma prvo se treba pitati odakle mučnina i povraćanje, zašto do njih dolazi. To su (3, 5, 6) najčešće lijekovi, posebice opiodi, uremija, hiperkalcemija, zaraza, gastritis ili ulkus, vanjski pritisak koji izazivlje „sindrom sploštenog želuca“, karcinom želuca, opstrukcija pasaže želučanog sadržaja, crijevna opstrukcija, opstipacija, povišeni intrakranijalni tlak, vestibularne smetnje, kašalj, anksioznost, zračenje i kemoterapija. Osnovni lijekovi kod povraćanja su (uzevši u obzir podrijetlo) metoklo-pramid ili haloperidol, koji se mogu i profilaktički davati. Kod povišenog endokranijalnog tlaka deksametazon je

lijeak izbora. Nakon zračenja ili kemoterapije indicira se ondansetron.

Proljevi - glavni uzroci proljeva kod uznapredovalog raka su lijekovi: laksativi, antibiotici, antacidi, nesteroidni protuupalni lijekovi, posebno indometacin i diklofenak (Voltaren, PLIVA), sirupi s disaharidima, opstrukcija - tumorom ili uklještenim fecesom; malapsorpcija - zbog karcinoma gušterače, resekcija ileuma i gastrektomija te zračenje. Liječenje se provodi kodeinom u dozama od 10 do 50 mg svaka četiri sata. Kod proljeva zbog malapsorpcije masti daju se zamjene za enzime gušterače. Kod proljeva zbog zračenja preporuča se (6) acetil-salicilna kiselina, peroralno ili prednizolonske klizme.

Opstipacija - većina bolesnika na kraju života postaje opstipirana. Uzrok je tomu inaktivitet, dijeta s malo grubih sastojaka i često lijekovi. Laksativi su obično potrebni i treba ih rutinski propisivati kad se počne s opioidnim analgeticima. Preporučuje se kombinacija sredstava, koja će omekšati stolicu i sredstava koja će stimulirati peristaltiku.

Naknada tekućine i prehrana

Naknada tekućine u krajnjem dijelu bolesti predmet je proturječnih rasprava (3). Detaljnija istraživanja na ovom su području još potrebna kako bi se moglo medicinski i etički ispravno odlučivati.

U *prilog* nadoknade tekućine upućuju sljedeća opažanja: Nemir, mišićni grčevi i poremećanja svijesti mogu biti uzrokovana eksikozom i poremećajem elektrolita, posebno hiperkalcemijom. Neuroleptici i mišićni relaksansi ovdje nisu na mjestu to više što se u palijativnoj medicini pokušava što duže održati puna svijest.

Iste simptome mogu izazvati i toksične koncentracije lijekova, preobilno uzimanje diuretika, obilni proljevi, visoki febrilitet itd. Povod za davanje infuzija je žeđ na koju se bolesnik tuži, a koju enteralna primjena ne ublažuje.

Izražena dehidracija i hipovoluminemija može dati privid agonije, pa treba izdiferencirati da li se uopće radi o finalnoj fazi.

Protiv nadoknade tekućine iznose se ovi razlozi:

Do sada nema dokaza da bi smanjeni dovod tekućine skraćivao život ili povećavao patnju. Njegova korist u umiranju nije dokazana.

Umirući pri punoj svijesti rijetko imaju osjećaj žeđi ako im je sluznica usta vlažna i čista.

Parenteralno dovodenje tekućine otežava njegu kod kuće.

Ono može izazvati periferne oteke i zadržavanje vode u plućima.

U konačnici treba poštovati odluku bolesnika pri svijesti. Važna je njega sluznice usta: opetovano ispiranje čajem od kadulje ili kamilice, može se dodati Hexoral ili u slučaju gljivičnih naslaga antimikotici. Žvakanje smrvljenog leđa ili smrvljenog smrvnutog voća može umanjiti osjećaj žeđi.

Prehrana - ne nagovarati na jelo. Može se ponuditi hrana, mala količina na tanjuriću, lijepih boja i topla, u čestim obrocima. Nije važno ako je bolesnik odbije. Konzistencija treba biti prilagođena mogućnosti gutanja i žvakanja, mora biti jednolika bez grudica. Prehrana prilagođena stanju može dovesti do prolaznog oporavka, može i probuditi apetit. Svakako i ovdje kao i u cijeloj palijativnoj medicini treba odluke stalno preispitivati i prilagođavati danim okolnostima. Enteralna prehrana, a pogotovo parenteralna u palijativnoj se medicini u UK iznimno primjenjuje, dok se u SAD-u primjenjuje i čitava skala „totalne parenteralne prehrane“ gotovo do trenutka smrti. Treba izabrati rješenje koje će dići kvalitetu života i omogućiti bolesniku da živi životom koji se približuje onomu što on želi.

Psihosocijalna potpora

Osnovna ideja Dame Cicely Saunders odnosi se na središnje mjesto umirućeg bolesnika u postupku hospicij-ske/palijativne skrbi (2). Bitne su odluke i želje bolesnika u planiranju liječenja i postupaka. Pokušamo ga uključiti kao partnera u hospicijski tim, čiji su članovi i obitelj i/ili prijatelji. Sve se dogovara unaprijed, predviđajući i dajući međusobnu potporu svim članovima tima.

Svakako treba i okolinu pripremiti. Iznenadjeni, mogu propustiti oproštaj, što može značajno otežati tugovanje. Treba planirati ili smještaj u hospicij ako ga imate ili organizaciju njege kod kuće. To je svakako velik napor za ukućane, ali često u konačnici zadovoljstvo i za bolesnika i za obitelj. Za obitelj to poslije može biti velik izvor snage. Za samce nema dobrog rješenja do smještaja u hospicij. Medikacija putem injekcija u pravilu je najveće opterećenje jer se do liječnika često teško dolazi. I okolinu treba upozoriti da svaka injekcija može biti zadnja, kako bi se prevenirali strahovi o ubijanju. Injekcija se npr. mora dati zbog bolova, a bolesnik može umrijeti nekoliko minuta ili nekoliko sati kasnije jer se približuje kraju, neovisno o injekcijama.

Ako je ikako moguće, plan liječenja treba raspraviti s bolesnikom i s obitelji i njima dopustiti da konačno odluče.

Husebo (3) citira studiju u kojoj su problemi komunikacije liječnika sažeti u pet točaka:

1. priopćiti loše novosti,
2. dobiti pristanak obaviještenog bolesnika,
3. razgovarati s rođacima,
4. raspravljati o varijantama liječenja,
5. sučeliti se sa psihosocijalnim vidovima.

Vrlo je važno paziti na neverbalnu komunikaciju pitajući se što bolesnik naslućuje u našem ponašanju, kakvo značenje ima naš tjelesni izraz, kakvo mu značenje ima ono što nije rečeno. Osnovno je pravilo „više pitati i slušati nego pripovijedati“. Dobro je početno pitanje:

„Opetujte mi nešto od onoga što vam je liječnik rekao“ (to vrijedi i onda ako ste vi bili taj liječnik).

Etika umiranja

Spomenut ćemo samo etiku primjene rizičnih oblika liječenja te obustavu ili neuvođenje liječenja koje ne poboljšava kvalitetu života do smrti.

Znamo da niz inače izvrsnih lijekova ima teže ili manje teške nuspojave. Kad se radi o terapiji koja s velikom vjerojatnošću može spasiti život, dvojbi nema. Treba je primijeniti, makar sa sobom nosi velik rizik. Međutim kad se radi o palijativnoj/simptomatskoj terapiji, dvojbe se nižu. Ipak ako se naše obaveze stupnjuju, obaveza ublažavanja boli i patnje postaje barem isto tako velika kao što je obaveza izbjeci ubrzanje smrti. Kako bolovi postaju jači, obaveza ublažavanja patnje postaje veća od obaveze da se ne škodi (11). U postupku smirivanja boli i drugih simptoma kod terminalnih bolesnika postoje etički argumenti koji se osnivaju na razmišljanju u smislu dvostrukog efekta (nekonzekvencijalističko filozofsko razmišljanje). Namjera ima važno etičko značenje. Razmišljanja dvostrukog efekta imaju svoje podrijetlo u spisima Tome Akvinskoga. On razdvaja ono što netko namjerava od onoga što predviđa kao mogući efekt jednog čina, ali što ne namjerava. To u našim problemima vrijedi za diskontinuiranu primjenu morfina u injekcijama, koje mogu ugroziti centar za disanje. Danas kad imamo peroralni morfin ta dvojba nije više aktualna. Morfin primijenjen peroralno, u postepeno rastućim dozama ne ugrožava centar za disanje, što je veliko olakšanje i za savjest liječnika i za patnje bolesnika. Pogotovo to vrijedi za primjenu fentanilskog flastera. Palijativni kirurški zahvati redukcije tumorske mase, iako rizični, mogu učiniti život bolesnika podnošljivim za više mjeseci.

Velika je etička dvojba za liječnika da li uvesti ili obustaviti liječenje koje neće bitno produžiti bolesnikov život, a izvrnut će bolesnika bijednoj kakvoći posljednjih trenutaka, kao na primjer priključenje na respirator ili parenteralna hidracija i prehrana. U Nizozemskoj je ovakav postupak legaliziran još 1973. On se osniva na odluci liječnika (kad se radi o neautonomnom bolesniku) da se ne uvođa liječenje ili da se prekine već započeto liječenje, čiji će učinak biti samo produženje umiranja. Polazi se od ideje da bolesniku treba dopustiti da umre... i to od svoje bolesti. Za liječnika je svakako problem sa sigurnošću odrediti trenutak u kojem život bolesnika ide kraju. Autonomni bolesnik ima pravo prihvatiti ili odbiti od liječnika ponudeno liječenje ili njegov prestanak. Husebo i Klaschik kažu (3): „Liječenje pošto-poto, jer se liječnik ne može odlučiti na prekid, neetično je liječenje.“

Zaključak

Palijativna medicina/skrb zastupa niz starih ideja u suvremenom izdanju, naglašujući potrebu pristupa cijelom čovjeku. U pristupu umirućemu, koji je bezuvjetno središnja osoba skrbi, naglašava se i potreba skrbi za njegove najbliže čak i nakon konačnog rastanka sa štićenikom. U tom se krajnjem dijelu života i spontano mnoge stare razmirice sređuju i obitelj obnavlja. Potrebno je jačanje lokalnih zajednica, u prvom redu obitelji, putem iskrenih odnosa solidarnosti. Umirući mora ostati uključen u makar neformalnu zajednicu, bez obzira na njegovo podrijetlo, vjeru, rasu, narodnost ili imovinsko stanje. Ostvarenje ovakvih odnosa otupit će oštricu globalizacije. Neka nam promjena ljudskih odnosa, posebno izrazito ostvariva u periodu nečijeg umiranja, bude izazov za dvadeset i prvo stoljeće.

Literatura

1. TWYLCROSS GR, LICHTER I. The terminal phase. U: Derek Doyle, Geoffrey WC Hanks, Neil MacDonald ur. Oxford textbook of palliative medicine Oxford medical publication, 1999: 977-92.
2. SAUNDERS C, SYKES N. Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti. III. englesko izdanje, prijevod na hrvatski Zagreb: Školska knjiga - 1996.
3. HUSEBO S, KLASCHIK E. Palliativmedizin, praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Berlin-Heidelberg, Springer Verlag, 1998.
4. Looking forward to cancer pain relief for all. WHO Collaborating Centre for Palliative Cancer Care Oxford: UK, 1997.
5. BAINES M. Medikamentna kontrola čestih simptoma. U: A. Jušić i sur. Hospicij i palijativna skrb Zagreb - Hrvatska liga protiv raka, Školska knjiga, 1995.
6. SYKES N. O hospicijskom pristupu boli i problemima kućne palijativne skrbi. Liječn vjes 1997; 3-4: 117-25.
7. BREITBART W, PASSIK S, PAYNE D. Psychological and psychiatric interventions in pain control U: Derek Doyle, Geoffrey W C Hanks, Neil MacDonald ur. Oxford textbook of palliative medicine, Oxford medical publication, 1999: 437-54.
8. BUCKMAN R. Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće (prijevod engleskog, sedmog kanadskog izdanja). Zagreb: Školska knjiga 1996.
9. BREITBART W, CHOCHINOV H M, PASSIK S. Psychiatric aspects of palliative care U: Derek Doyle, Geoffrey W C Hanks, Neil MacDonald ur. Oxford textbook of palliative medicine, Oxford medical publication, 1999; 933- 54.
10. HUSEBO S. Kommunikation. U: Husebo S, Klaschik E. ur. Palliativmedizin, praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Berlin-Heidelberg, Springer Verlag: 1998.
11. JUŠIĆ A. Bioetika umiranja. U: A. Kurjak, V. Silobričić, ur. Bioetika u teoriji i praksi. Zagreb: Nakladni zavod Globus, 2001.